



भारतीय जीवन बीमा निगम

(जीवन बीमा निगम अधिनियम, 1956 द्वारा संस्थापित)

मंडल कार्यालय, भागलपुर

स्वास्थ्य के सम्बन्ध में व्यक्तिगत प्राक्कथन

फार्म सं० 680 हिन्दी (परिवर्तित 75)

प्राप्ति दिनांक

प्रविष्ट दिनांक

अभिकर्ता का नाम

मण्डल कार्यालय

शाखा कार्यालय

पॉलिसी सं०

1. बीमादार का पूरा नाम (स्पष्ट अक्षरों में)

पूरा पता

मोबाईल नं०

व्यवसाय

नियोजक का नाम

सेवा अवधि

2. उपरोक्त पॉलिसी से संबंधित अपने प्रस्ताव-पत्र की तिथि से

(क) क्या आप कभी निम्न में से किसी रोग से पीड़ित रहे हैं या इस समय पीड़ित हैं -

(1) दमा, यक्ष्मा या फेफड़ों से संबंधी कोई अन्य रोग ?

(2) उच्च रक्तचाप या हृदय संबंधी कोई अन्य रोग ?

(3) अधि-जठर ब्रण (पेटिक अल्सर) अथवा पेट, यकृत (लिवर) या तिल्ली संबंधी कोई रोग ?

(4) गुर्दा, मसाना ग्रंथि या मूत्राशय संबंधी कोई रोग ?

(5) मधुमेह, आंत उतरना, फोते बढ़ना, नासूर या कुष्ठ रोग ?

(6) दमपक्षाघात, मिर्गी या स्नायु मंडल संबंधी कोई रोग ?

(7) कोई अन्य बीमारी जिसका एक सप्ताह से अधिक उपचार हुआ है ?

(ख) क्या आपकी कभी शल्य चिकित्सा हुई है ?

(ग) क्या आपने कभी इलेक्ट्रोकार्डियोग्राम, एक्सरे या स्क्रिनिंग परीक्षा अथवा रक्त, मूत्र या मल की जाँच कराई है ?

(घ) आपके परिवार में (माता-पिता, पति-पत्नी, भाई-बहन या बच्चों में से) क्या कोई मृत्यु या बीमारी हुई है ?

मृत्यु के समय की आयु, दिनांक एवं मृत्यु के कारण का उल्लेख करें।

(ङ) आपके जीवन पर प्रस्तुत कोई बीमा प्रस्ताव या आपकी बीमा पॉलिसी के पुनर्चलन के लिए दिया गया कोई आवेदन-पत्र निगम के इस या किसी अन्य कार्यालय अथवा किसी कम्पनी द्वारा कभी -

(1) वापस ले लिया गया या

रद्द कर दिया गया है।

(2) स्थगित या अस्वीकृत

किया गया है।

यदि हाँ तो विवरण दीजिए

(3) अतिरिक्त प्रीमियम या गहन

(लियन) के आधार पर स्वीकार किया गया है।

(4) प्रस्तावित शर्तों की जगह अन्य

शर्तों पर स्वीकृत किया गया है।

उत्तर "हाँ" या "नहीं" में दें

(क)

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

(6)

(7)

(ख)

(ग)

(घ)

यदि उत्तर "हाँ" में है तो रोग का विवरण, तिथि, अवधि अथवा जिस चिकित्सक से परामर्श किया, उसका नाम आदि लिखें।

3. क्या आपका बीमा प्रस्ताव या आपकी कालातीत पॉलिसी का पुनर्चलन सम्बन्धी आवेदन पत्र निगम के इस या किसी अन्य कार्यालय में विचाराधीन है? यदि उत्तर "हाँ" में है तो विवरण दीजिए -

(1) प्रस्ताव पत्र सं०

(2) पॉलिसी सं०

4. क्या आप इस समय पूर्ण स्वस्थ हैं?

5. क्या आपने इस सम्बन्ध में या बकाया किस्त की कोई राशि भुगतान की है? यदि हाँ तो निम्न विवरण दीजिए।

(1) रकम सं०

(2) दिनांक

(3) भुगतान कैसे किया

विशेष प्रश्न सं० 5 व 7 बिना स्वास्थ्य परीक्षा योजना के अन्तर्गत पुनर्चलन के लिए है।

6. लिखित : (1) आपकी ऊँचाई बिना जूते पहिने

सं० मी० (2) आपका भार

कि० ग्रा०

7. निगम की बिना स्वास्थ्य परीक्षा योजनाओं के अंतर्गत आपको जारी की गई पुनर्चलित समस्त पॉलिसीयों का नीचे लिखे अनुसार ब्योरा दीजिए :-

मंडल कार्यालय या युनिट का नाम	पॉलिसी संख्या	बीमा धन	पॉलिसी की स्थिति

8. केवल महिला प्रस्तावकों के लिए :-
- (क) उपर्युक्त पॉलिसी से संबंधित अपने प्रस्ताव पत्र की तिथि से
- (1) क्या आपका मासिक धर्म नियमित रहा है ? (2) क्या आपका कोई गर्भपात हुआ है ?
- (3) क्या स्तन, डिम्बाशयों या गर्भाशय के किसी रोग से पीड़ित रही हैं या इस समय हैं ?
- (ख) पिछले मासिक धर्म की तिथि लिखिए । (ग) पिछले प्रसव की तिथि लिखिए
- (घ) क्या आप इस समय गर्भवती हैं ?

प्रश्नों को भलीभांति पढ़ने के बाद उनके उत्तर दिए गए हैं घोषणा

मैं एतद् द्वारा घोषणा करता / करती हूँ कि उपर्युक्त प्रकथन एवं उत्तर प्रत्येक दृष्टि से सही हैं और मैं इस बात से सहमत हूँ तथा घोषित करता / करती हूँ कि मेरी कालातीत पॉलिसी के बीमा प्रस्ताव के साथ-साथ मैं प्रकथन और यह घोषणा मेरे तथा भारतीय जीवन बीमा निगम के मध्य कालातीत पॉलिसी के पुनर्चलन संबंधी अनुबन्ध के आधार होंगे और यदि इनमें कोई कथन असत्य पाया जायेगा तो यह अनुबन्ध पूर्णतया रद्द हो जाएगा तथा इस संबंध में चुकाई गई समस्त धनराशि निगम द्वारा जब्त कर ली जाएगी।

और मैं यह भी घोषणा करता / करती हूँ कि इस घोषणा की तिथि और पॉलिसी पुनर्चलन की तिथि के मध्य (1) यदि मेरे व्यवसाय में कोई परिवर्तन हो जाता है या मेरी आर्थिक स्थिति के संबंध में अथवा मेरे या मेरे परिवार में किसी सदस्य के स्वास्थ्य के संबंध में दिया गया कोई आवेदन पत्र विचाराधीन पड़ा है या वापस ले लिया है या रद्द, स्थगित या अस्वीकृत कर दिया गया है, बढ़ी हुई प्रीमियम दर पर गहन (Lien) के आधार पर स्वीकार किया गया है अथवा प्रस्तावित शर्तों के अलावा अन्य शर्तों पर स्वीकार किया गया है तो मैं पॉलिसी पुनर्चलन संबंधी शर्तों पर पुनः विचार करने के लिए निगम को लिखित रूप से तत्काल सूचित करूँगा / करूँगी। इस संबंध में मेरी किसी प्रकार की असावधानी होने पर पुनर्चलन पूर्णतया रद्द हो जाएगा और पॉलिसी के मद में चुकाई गई समस्त धनराशि निगम द्वारा जब्त कर ली जाएगी।

स्थान दिनांक माह सन 20.....

साक्षी के हस्ताक्षर

व्यवसाय

पता

बीमित व्यक्ति का हस्ताक्षर या अंगूठा निशान

यदि फार्म के प्रश्नों के उत्तर व बीमित व्यक्ति के हस्ताक्षर, हिन्दी के अलावा अन्य भाषा में हैं तो बीमित व्यक्ति को अपने हस्ताक्षर के ऊपर अपनी ही हस्तलिपि में घोषणा करनी चाहिए कि उन्हें प्रश्न समझा दिए थे और उन्होंने उत्तर, प्रश्नों को पूरी तरह ठीक से समझ लेने के बाद ही दिए थे।

1. यह घोषणा फार्म भरने वाले व्यक्ति के द्वारा की जानी चाहिए।

घोषणाकर्ता {
का नाम
एवं पता

यदि बीमित व्यक्ति अशिक्षित है।

2. बीमित व्यक्ति का अंगूठा निशान, किसी ऐसे प्रतिष्ठित व्यक्ति द्वारा प्रमाणित होना चाहिए जिसकी पहचान आसानी से की जा सकती है, लेकिन वह निगम से संबंधित न हो, और यह घोषणा उन्हीं के द्वारा की जानी चाहिए।

घोषणाकर्ता {
का नाम
एवं पता

1. मैं एतद् द्वारा घोषित करता / करती हूँ कि मैंने बीमित व्यक्ति को उपर्युक्त प्रश्न भली-भाँति समझा दिये हैं और उनके द्वारा दिए गए उत्तर सही-सही लिखे हैं।

हस्ताक्षर

2. मैं एतद् द्वारा घोषित करता / करती हूँ कि मैंने इस फार्म का विवरण बीमित व्यक्ति को(भाषा) में समझा दिया है और बीमित व्यक्ति द्वारा बतलाये गए प्रश्नों के उत्तर पढ़कर सुना दिये हैं तथा बीमित व्यक्ति ने इस फार्म पर अपना अंगूठा निशान, विवरण को पूरी तरह से समझ लेने के बाद लगाया है।

हस्ताक्षर